MAPPS II
Management & Advocacy for Providers, Patients and Systems

NOVIEMBRE 2026

Explorando el panorama de la obesidad en España

Un estudio en profundidad del programa MAPPS II.

WORLD OBESITY

01 Reconocimiento como una enfermedad
02 Percepciones y estigma
03 Políticas y voluntad política
04 Sistemas sanitarios y acceso
05 Voz de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras
06 Cultura y entorno

Índice

01 Prólogo 3

02 Agradecimientos 6

03 Resumen ejecutivo 7

04 Introducción 9

05 Metodología 13

06 Conclusiones principales 14

- 6.1 Reconocimiento de la obesidad como enfermedad 15
- 6.2 Percepciones sobre la obesidad y el estigma 18
- 6.3 Marco normativo y voluntad política 20
- 6.4 Sistemas sanitarios y acceso a la asistencia sanitaria 24
- 6.5 Oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influyan directamente en la toma de decisiones 28
- 6.6 Factores socioculturales y ambientales 30

07 Prioridades clave en la respuesta a la obesidad 32

Bibliografía 34

Apéndice 1: Metodología detallada 36

Apéndice 2: Características de los participantes 39

Apéndice 3: Métodos detallados de análisis de las encuestas 42

Apéndice 4: Participantes en la mesa redonda 46



Prólogo



Julia Díez Escudero

Prof. Ayudante Doctora de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alcalá



Luis Cereijo Tejedor

Profesor Ayudante Doctor del Área de Educación Física y Deportiva, Universidad de Alcalá

El sobrepeso y la obesidad son uno de los principales retos de salud pública, especialmente por su marcado gradiente social. Un gradiente que genera, además, una doble desigualdad: las poblaciones con mayor prevalencia de obesidad son también las que tienen un menor acceso a los recursos necesarios para prevenirla y tratarla. Este informe lo pone de manifiesto: en España, el lugar donde se vive y la capacidad económica condicionan la atención que se recibe.

Con frecuencia, la obesidad se reduce a una cuestión de voluntad individual. Esta visión alimenta el estigma que sufre la gran mayoría de las personas que viven con obesidad y desvía la atención de lo que realmente la determina: las condiciones en las que vivimos, trabajamos, comemos y nos movemos. Comprenderlo permitiría dejar de culpabilizar a las personas y empezar a transformar sus entornos.

Tal y como señala el informe MAPPS II, es urgente una mayor atención por parte de los gobiernos, las entidades privadas y la sociedad en su conjunto. Esta atención debe traducirse en políticas estructurales y sostenibles, dotadas de recursos, libres de estigma e informadas por la mejor evidencia científica, que prioricen a las poblaciones que necesitan un mayor apoyo institucional y social. El abordaje debe combinar una atención sanitaria equitativa con la prevención y la mejora de las condiciones de vida: políticas de bienestar que refuercen los servicios públicos y medidas que protejan a la población de las prácticas de las industrias que promueven entornos poco saludables.

Las políticas de prevención de la obesidad, al igual de las orientadas a reducir las desigualdades, no benefician solo a quienes tienen un mayor riesgo, sino a toda la población, sea o no vulnerable, viva o no con obesidad. Entenderlo así nos interpela a todos los actores y abre un camino compartido en el que nadie queda al margen.



Jorge Medrano Rodríguez

Persona que vive con obesidad

Me importa la obesidad porque su impacto en la salud y en la vida cotidiana exige una respuesta que reconozca la dignidad de cada persona. Considero especialmente valiosa esta investigación porque reúne las experiencias de quienes viven con obesidad y las perspectivas de quienes trabajan en su prevención y atención en España. En un momento en que necesitamos traducir el conocimiento en decisiones concretas, este informe permite identificar barreras y orientar cambios para que el acceso a la atención deje de depender del lugar de residencia o de los recursos económicos.

Me gustaría que más personas comprendieran que la obesidad es una enfermedad crónica y compleja, en la que intervienen múltiples factores. Reducirla a una cuestión de voluntad individual alimenta la culpa y el estigma, y dificulta que las personas busquen y reciban ayuda. Una comprensión más profunda favorecería una atención respetuosa, un acompañamiento continuado y políticas que aborden también las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud.

Espero que quienes lean este informe reconozcan la necesidad de escuchar a las personas que viven con obesidad y de incorporar su experiencia a las decisiones que las afectan. Su participación debe tener consecuencias reales en el diseño de los servicios y las políticas públicas.

Mi deseo es que estas páginas impulsen compromisos sostenidos: mejorar la formación de los profesionales, garantizar una atención integral y equitativa, y construir entornos que faciliten una vida saludable. Cada avance debería medirse también por su capacidad para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas.



Dra. María del Mar Malagón

Presidenta de la Fundación SEEDO

Quisiera comenzar este prólogo con una pregunta: ¿Qué puede esperar una persona con obesidad del sistema sanitario, del entorno y de quienes diseñan las políticas sanitarias y sociales en nuestro país? La respuesta es, por el momento, poco alentadora. Sin ir más lejos, aunque en algunos ámbitos se reconoce formalmente la obesidad como una enfermedad, la realidad es que sigue faltando una respuesta asistencial organizada y un plan específico de prevención que incluya medidas de seguimiento y ajuste para alcanzar objetivos concretos.

En este contexto, el programa MAPPS II nos brinda una excelente oportunidad para identificar tanto los retos como los factores que pueden facilitar la prevención y mejorar la atención a las personas con obesidad, todo ello desde una visión poliédrica e integradora, que reúne la experiencia de personas que viven con obesidad y de su entorno con las perspectivas de profesionales sanitarios, responsables de políticas públicas, sociedad civil y la comunidad investigadora.

La Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) participa y comparte la visión y objetivos de MAPPS II. Confiamos en que esta iniciativa, junto con otras impulsadas por SEEDO, como Guía de Práctica Clínica GIRO o el programa SEEDOCONTIGO, contribuyan a que la obesidad se entienda definitivamente como una enfermedad multifactorial, crónica y compleja. Esperamos también que ayude a afrontar los retos identificados en el estudio, entre ellos el acceso a profesionales sanitarios cualificados y a equipos multidisciplinares, así como la implementación de políticas eficaces que garanticen la equidad en el acceso a la atención, con independencia del entorno en el que se viva.

Para avanzar, debemos reducir el estigma asociado a la obesidad y contar con las personas que viven con esta enfermedad en el diseño y la evaluación de la atención que reciben. No perdamos la oportunidad que nos ofrece MAPPS II de convertir estos retos en realidades. Ha llegado el momento de pasar a la acción.

Agradecimientos y contribuciones

La Federación Mundial de la Obesidad (World Obesity Federation) desea reconocer las contribuciones de todas las personas colaboradoras y participantes en esta investigación. En particular, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al Grupo de Trabajo de MAPPS II España, que incluye a representantes de la Asociación Nacional de Personas que Viven con Obesidad (ANPO) (Federico Luis Moya), la Fundación Gasol (Santi F. Gómez y Paula Berruezo) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Diego Bellido Guerrero y Gema Medina Gómez), Xandra Alemany Costa. El Grupo participativo supervisó de forma general el diseño y la ejecución de la investigación en España y colaboró en la revisión de este informe. Sin su dedicación y sus aportaciones, esta investigación no habría sido posible.

Agradecemos también a todas las personas que participaron en la investigación, incluidas aquellas que asistieron a la mesa redonda multisectorial organizada conjuntamente con SEEDO en Toledo el 21 de noviembre (la lista completa de asistentes se encuentra en el apéndice 4).

Carla Montane dirigió la recopilación y el análisis de los datos cualitativos. La Federación Mundial de la Obesidad (Jessica Winters, Chandni Maria Jacob, Isabella Godley, Sarah Spreckley, Jaynaide Powis, Rachel Thompson y Maggie Wetzel) dirigió el diseño, el análisis de la encuesta, la revisión documental y la redacción del informe. Diseñado por Matthew O'Flynn.

ABREVIATURAS

AP	Atención primaria
ANPO	Asociación Nacional de Personas que Viven con Obesidad
CC. AA.	Comunidades autónomas
ENT	Enfermedades no transmisibles
GIRO	Guía española GIRO de SEEDO para el abordaje integral y multidisciplinar de la obesidad en adultos
IMC	Índice de masa corporal
IVA	Impuesto sobre el valor añadido
NAOS	Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea
WOF	World Obesity Federation (Federación Mundial de la Obesidad)

Resumen ejecutivo

Contexto y metodología: Esta investigación se llevó a cabo en el marco del programa MAPPS II, cuyo objetivo es reforzar la manera en que se aborda la obesidad en los sistemas sanitarios y más allá de ellos. En España, los datos se recopilaron mediante encuestas, entrevistas cualitativas y grupos focales, y una mesa redonda multisectorial.

SEIS CONCLUSIONES PRINCIPALES

01
La percepción de **falta de reconocimiento de la obesidad como enfermedad** constituye un obstáculo transversal para la adopción de medidas frente a la obesidad en España. Aunque la obesidad está incluida en planes nacionales, estrategias regionales y guías, la financiación específica sigue siendo limitada y los avances se pierden con frecuencia entre un ciclo político y otro.

02
Las percepciones negativas sobre la obesidad y el estigma asociado al peso afectan a la acción en todo el sistema. Las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras sufren estigma con frecuencia en todos los ámbitos de su vida, sobre todo en el entorno sanitario.

03
La falta de priorización política fue señalada por los participantes. Se destacaron desigualdades regionales, atribuidas en parte a la descentralización, tanto en los entornos en los que vive la población (por ejemplo, el acceso a alimentos sanos y a espacios para la actividad física) como en el acceso al tratamiento.

04
Los sistemas sanitarios y el acceso a la atención se vieron afectados por la asequibilidad y por el acceso a profesionales cualificados y equipos multidisciplinares.

05
Las oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influyan en la toma de decisiones eran limitadas, aunque se reconoció que su participación es esencial.

06
Los factores socioculturales y ambientales condicionan la prevención y el tratamiento de la obesidad. La dieta local puede tener un efecto protector, mientras que otras normas sociales y el entorno alimentario en general dificultan la elección de opciones saludables.

Siete prioridades de actuación

Esta investigación identificó siete prioridades clave para la prevención y la atención de la obesidad en España:

1. Reconocimiento de la obesidad como enfermedad
2. Gestión y atención centradas en la persona, multidisciplinares y basadas en la etapa de la vida
3. Equidad en el acceso a la atención
4. Mayor capacidad de los profesionales sanitarios
5. Campañas para reducir el estigma y ofrecer orientación sobre alimentación y actividad física basada en la evidencia
6. Mejora de la colaboración multisectorial y regional
7. Entornos que favorezcan comportamientos saludables

04
Introducción

4.1 MAPPS II en España

MAPPS II (Gestión y promoción para profesionales sanitarios, pacientes y sistemas) es una iniciativa mundial liderada por la World Obesity Federation (WOF) (Federación Mundial de la Obesidad) que combina la investigación y la participación de múltiples grupos de interés para generar conocimiento a escala nacional y reunir a los grupos de interés en torno a la manera en que se aborda la obesidad en los distintos sistemas. El objetivo general de MAPPS II es reforzar la manera en que se gestiona la obesidad en los sistemas sanitarios y en el marco de la cobertura sanitaria universal, fomentando una comprensión compartida y la participación de los grupos de interés. España es uno de los seis países seleccionados para una investigación intensiva que incluye la celebración de mesas redondas con la participación de múltiples grupos de interés.

4.2 La obesidad en España: el contexto nacional

19%

de los adultos en España viven con obesidad, según las estimaciones

11,6%

niños, niñas y adolescentes de 8 a 16 años vive con obesidad

La prevalencia de la obesidad en España

Se estima que más de la mitad de los adultos en España viven con sobrepeso u obesidad, de los cuales un 19 % con obesidad (World Obesity Federation, 2026). Aunque la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil parece haberse estabilizado en los últimos años, sigue situándose entre las más elevadas de Europa (World Obesity Federation, 2026). El estudio PASOS (2022-2023) constató que alrededor de uno de cada tres niños, niñas y adolescentes de 8 a 16 años vive con sobrepeso u obesidad, de los cuales el 11,6 % presenta obesidad (Gasol Foundation, 2023). El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, tanto en la población infantil como en la adulta, aunque esta diferencia es considerablemente mayor entre los adultos (Gasol Foundation, 2023; World Obesity Federation, 2026). La obesidad en España también presenta un marcado gradiente socioeconómico. Las encuestas nacionales muestran una prevalencia significativamente mayor entre los niños y niñas de hogares con menores ingresos (AESAN, 2025; Gasol Foundation, 2023) y entre los adultos de los grupos sociales más desfavorecidos, especialmente entre las mujeres (Ministerio de Sanidad, 2025a).

Tratamiento de la obesidad

21,5%

del gasto sanitario total correspondió a pagos directos en 2024, frente al 15,1 % de media en la UE

Sobre el papel, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español cuenta con una cobertura sanitaria universal que se financia principalmente a través de los impuestos (Bernal-Delgado et al., 2024). Su gestión está descentralizada en las 17 comunidades autónomas (CC. AA.) de España, y cada una de ellas es responsable de organizar y prestar los servicios sanitarios en sus respectivos territorios. La mayoría de los servicios son gratuitos en el punto de atención. No obstante, los medicamentos y los productos sanitarios están sujetos a un sistema de financiación parcial por parte de los pacientes. Los pagos directos representaron el 21,5 % del gasto sanitario total en España en 2024, frente al 15,1 % de media en la Unión Europea (Eurostat, 2025).

En documentos de política gubernamental, la obesidad a veces se denomina como una enfermedad crónica y algunos profesionales sanitarios la consideran así, aunque se discute si esto es suficiente (Salvador et al., 2020). Las tasas de diagnóstico formal y de seguimiento programado son notablemente bajas en comparación con otras enfermedades crónicas, y la cobertura de las opciones de tratamiento y manejo de la obesidad en el marco del SNS es subóptima (Salvador et al., 2020). Las intervenciones basadas en recomendaciones dietéticas y programas de actividad física son las opciones que se prescriben con mayor frecuencia a las personas que viven con obesidad (Alianza por la Obesidad, 2023). Por su parte, los medicamentos para el tratamiento de la obesidad no están financiados por el SNS, por lo que estas personas deben asumir íntegramente su coste. La financiación pública de estos medicamentos se limita a aquellos indicados para el tratamiento de la diabetes. La cirugía bariátrica, por su parte, está cubierta únicamente en los casos más graves (Breton et al., 2025).

La atención multidisciplinar de la obesidad se da con mayor frecuencia en algunos hospitales privados, donde los pacientes pueden recibir atención de un equipo formado por endocrinólogos, profesionales de la nutrición, profesionales de la fisioterapia y cirujanos, entre otros especialistas (IMED Hospitales, n.d.; Quirónsalud, n.d.). Este tratamiento suele reembolsarse a través de seguros privados o mutualidades[1], lo que genera posibles diferencias en el acceso entre los pacientes que pueden acceder a la asistencia sanitaria privada y los que no. Sin embargo, se han documentado casos de atención multidisciplinar de la obesidad en el sector público (Rioja Salud, 2023).

No existen guías clínicas para el tratamiento de la obesidad en adultos adoptadas oficialmente por el SNS. Sin embargo, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) ha publicado la guía GIRO española, actualizada en 2024, cuyo objetivo es ofrecer orientaciones específicas para España sobre el tratamiento multidisciplinar de la obesidad como enfermedad crónica y multifactorial para los adultos.

[1] Los funcionarios españoles están cubiertos por sus propios regímenes de asistencia sanitaria pública: las mutualidades MUFACE (funcionarios de la Administración General del Estado), ISFAS (Fuerzas Armadas) y MUGEJU (Administración de Justicia). Cada año, los afiliados pueden optar por recibir asistencia sanitaria a través del sistema público de salud habitual o de una aseguradora privada concertada con su mutualidad. Los afiliados contribuyen al coste de los medicamentos recetados mediante un copago del 30 % del precio de venta al público, sin límite mensual, independientemente de si están en activo o jubilados. Esto difiere del sistema público de salud general, en el que el copago depende de los ingresos y tiene un límite mensual. En 2026, el copago de las mutualidades estaba siendo objeto de revisión.



Para la población infantil y adolescente, la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil ofrece orientación oficial a nivel nacional, pero no se ha actualizado ni revisado desde 2009. A falta de directrices nacionales oficiales y actualizadas, varias comunidades autónomas, entre ellas Murcia (solo para la infancia) (Servicio Murciano de Salud, 2021) y La Rioja (para la infancia y la adultez) (Rioja Salud, 2023), han elaborado sus propias directrices para el manejo de la obesidad.

Estrategias y políticas gubernamentales

El principal marco nacional en materia de salud es la Estrategia de Salud Pública 2022, la primera estrategia nacional de salud pública, que se basa en los principios de equidad y gobernanza compartida, con un enfoque de «salud en todas las políticas», e incluye una línea estratégica destinada a mejorar la salud y el bienestar mediante la promoción de estilos de vida saludables y de entornos seguros, sostenibles y generadores de salud (Ministerio de Sanidad, 2022). La atención a las personas que viven con enfermedades crónicas de larga duración se rige por la «Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad» en el SNS, publicada por primera vez en 2012 y renovada mediante un documento de desarrollo para el periodo 2025-2028, que redefine el modelo asistencial en torno a un enfoque proactivo, interdisciplinario y coordinado, con vistas a la sostenibilidad del sistema. Ninguna de las dos estrategias considera la obesidad como una prioridad específica (Ministerio de Sanidad, 2025b).

Estrategias y políticas relacionadas con la obesidad

España ha puesto en marcha una serie de iniciativas nacionales y regionales destinadas a prevenir la obesidad y a abordar sus factores de riesgo subyacentes. La Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) (AESAN, 2005), presentada en 2005 y posteriormente consolidada por ley en 2011, estableció un marco nacional para promover una alimentación más saludable y una mayor actividad física mediante un enfoque intersectorial, en el que participan la sanidad, la educación, la industria alimentaria y las administraciones locales.

Más recientemente, se puso en marcha el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022–2030), conocido como «En Plan Bien», con el objetivo de reducir en el país el sobrepeso y la obesidad infantil en un 25 % para 2030 mediante medidas intersectoriales destinadas a aumentar la actividad física, fomentar una alimentación saludable y mejorar el sueño y el bienestar emocional (Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil, 2022).

Además de estas medidas, en 2021 se incrementó el impuesto sobre el valor añadido (IVA) de las bebidas azucaradas del 10 % al 21 % (Agencia Tributaria, 2021).

En mayo de 2024, España se unió al grupo de países pioneros del Plan de Aceleración de la OMS para Detener la Obesidad, una cohorte de 34 países que colaboran con la OMS y UNICEF para pasar del diseño de políticas a su aplicación, y la labor de España en el marco de este plan se ha centrado en el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (WHO, 2026b).

La obesidad también se aborda de forma indirecta mediante estrategias relacionadas con otras enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo comunes, como la inactividad física y las dietas poco saludables. ***La Estrategia Nacional de Fomento del Deporte contra el Sedentarismo y la Inactividad Física (2025-2030)***, impulsada por el Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, tiene como objetivo aumentar la actividad física en toda la población para ayudar a prevenir las ENT (Ministerio de Educación, 2024). ***La Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud del Sistema Nacional de Salud (2013-2026)*** establece cómo debe el SNS integrar y coordinar las actuaciones de prevención en materia de alimentación saludable, actividad física y bienestar emocional (Ministerio de Sanidad, 2014). Esto incluye asesoramiento integral sobre el estilo de vida en atención primaria y educación comunitaria.

A nivel regional, Galicia, Andalucía, la ciudad de Madrid y el País Vasco cuentan con estrategias destinadas a reducir el sobrepeso y la obesidad mediante la promoción de una alimentación saludable y el ejercicio. Algunas de estas estrategias forman parte de planes más amplios de vida saludable (Xunta de Galicia, 2022; Junta de Andalucía, 2024; Madrid Salud, n.d.; Gobierno Vasco, 2019).

05
Metodología

Esta investigación utilizó un enfoque de métodos mixtos, concebido como una consulta a los grupos de interés para recabar las experiencias y percepciones de personas de todo el sistema de prevención y atención de la obesidad en España. El estudio combinó encuestas en línea, entrevistas, grupos focales y una mesa redonda nacional con múltiples grupos de interés. Las tres encuestas, elaboradas por la Federación Mundial de la Obesidad junto con su Grupo de Trabajo Mundial MAPPS II, estaban dirigidas a personas que viven con obesidad y a sus familias y cuidadores; a profesionales sanitarios; y al ámbito de la salud pública, la sociedad civil y la investigación. Estuvieron abiertas desde mayo de 2025 hasta agosto de 2026 y se difundieron a través de las redes de las entidades asociadas en España y en el congreso anual de SEEDO. Las respuestas a la encuesta se analizaron de forma descriptiva, y los resultados no pretenden ser representativos ni generalizables.

La recopilación de datos cualitativos estuvo a cargo de un consultor de investigación en colaboración con el equipo de la Federación Mundial de la Obesidad, y se analizó mediante análisis temático. Los debates celebrados en una mesa redonda nacional con múltiples grupos de interés, organizada por la Federación Mundial de la Obesidad y SEEDO en Toledo, sirvieron para corroborar las conclusiones y definir las prioridades expuestas en este informe.

La metodología completa puede consultarse en el apéndice 1, y las características detalladas de los participantes, en el apéndice 2.

QUIÉNES PARTICIPARON

101
ENCUESTA
profesionales sanitarios

76
ENCUESTA
personas que viven con obesidad, padres, madres y cuidadores

75
ENCUESTA
participantes de salud pública, sociedad civil e investigación

30
CUALITATIVA
participantes en entrevistas y grupos focales

282 participantes en total, además de una mesa redonda nacional con múltiples grupos de interés organizada con SEEDO en Toledo. Las respuestas a las encuestas son descriptivas y no pretenden ser representativas. **Estos colores identifican los resultados y las citas de cada grupo a lo largo del informe.**

06
Conclusiones principales



Esta investigación analizó las percepciones y experiencias de los grupos de interés que intervienen en los sistemas de atención y prevención de la obesidad en España.

Los resultados pusieron de manifiesto los obstáculos y los factores que facilitan la prevención y la atención de la obesidad en España, tanto en el ámbito de las políticas y los determinantes más amplios, como en el del sistema sanitario y a nivel individual (figura 1).

Las conclusiones que se exponen a continuación se presentan según los **6 ámbitos** identificados mediante las encuestas, las entrevistas, los grupos focales y la mesa redonda: i) el reconocimiento de la obesidad como enfermedad; ii) las percepciones sobre la obesidad y el estigma; iii) el entorno normativo y la voluntad política; iv) los sistemas sanitarios y el acceso a la atención; v) las oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influyan en la toma de decisiones; vi) y los factores socioculturales y ambientales.

FIGURA 1

Obstáculos y factores facilitadores de la prevención y la atención de la obesidad en todo el sistema en España



Ningún elemento refleja la frecuencia de codificación.

La figura refleja únicamente los hallazgos obtenidos en España y no debe interpretarse como representativa de otros países. Estructura por niveles adaptada del modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1991).

42%

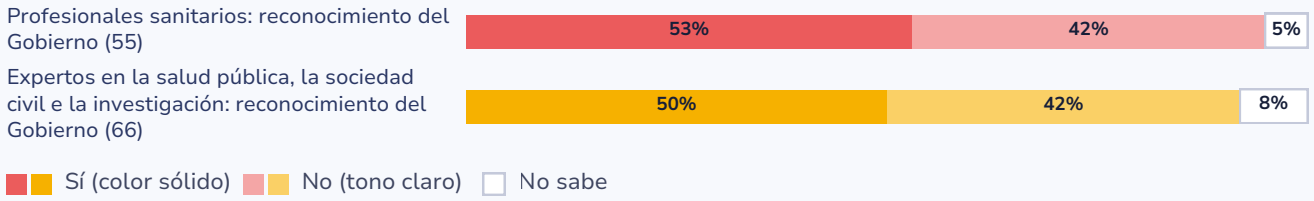
de profesionales sanitarios indicó que el Gobierno no reconoce la obesidad como una enfermedad

6.1 Reconocimiento de la obesidad como enfermedad

La percepción de la falta de reconocimiento de la obesidad como enfermedad fue un obstáculo transversal para la adopción de medidas frente a la obesidad en España (Figura 1). Tanto en la encuesta de profesionales sanitarios como en la encuesta de la Salud pública, sociedad civil e investigación, aproximadamente el 50% afirmó que el Gobierno reconoce la obesidad como una enfermedad, mientras que la otra mitad de los participantes indicó que no existe dicho reconocimiento o que no lo sabía con certeza (Figura 2).

FIGURA 2

¿Reconoce oficialmente el Gobierno la obesidad como una enfermedad?



A los profesionales sanitarios y del ámbito de las políticas: «¿Reconoce oficialmente su gobierno la obesidad como una enfermedad?». Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.

«la obesidad no es solo algo estético y social , es una enfermedad...»

EXPERTOS EN LA SALUD PUBLICA, LA SOCIEDAD CIVIL Y LA INVESTIGACIÓN, PROFESIONAL DE SALUD PUBLICA, CASTILLA Y LEÓN

42%

de profesionales de Salud pública,sociedad civil e investigación indicó que el Gobierno no reconoce la obesidad como una enfermedad.

«Mientras la obesidad no se reconozca como enfermedad a nivel legislativo, todo lo demás resulta muy difícil de poner en práctica, porque entonces todo se viene abajo»

ENTREVISTA A EXPERTO · ENDOCRINÓLOGO CLÍNICO E INVESTIGADOR, GALICIA

Las personas entrevistadas coincidieron en que la falta de reconocimiento legislativo de la obesidad como enfermedad, junto con la insuficiencia de financiación específica y la escasa continuidad entre ciclos políticos, constituían obstáculos fundamentales que impedían la continuidad de cualquier otra medida.

«Existen guías y protocolos, pero la ejecución falla»

ENCUESTA DE PROFESIONALES SANITARIOS · NUTRICIONISTA, COMUNIDAD VALENCIANA

La falta de reconocimiento legal se compensa en parte con otras medidas, como la inclusión de la obesidad en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, la Guía GIRO de SEEDO (recuadro 1) —guía española para el abordaje integral y multidisciplinario de la obesidad en adultos—, una propuesta multipartidista de plan nacional contra la obesidad en el Senado y planes regionales como el Plan Obesidad Cero de Galicia y el Proceso Asistencial Integrado para el Sobrepeso y la Obesidad (PAI S/O) de las Islas Canarias. Aunque estos ejemplos no equivalen a un reconocimiento a nivel de política nacional, suponen, en la práctica, un reconocimiento institucional de la obesidad como prioridad de salud pública.

«Como gobierno regional, no tenemos competencia para declarar la obesidad como enfermedad, pero […] un plan integral ya está reconociendo que se trata de un problema de salud pública de máxima prioridad»

ENTREVISTA A EXPERTO · PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN PÚBLICA, GALICIA

A pesar de este amplio consenso, se planteó como motivo de preocupación la posibilidad de que hubiera intereses económicos.

«Me preocupa personalmente que, en mi opinión, haya mucha presión o influencia por parte de empresas que se benefician económicamente de que se reconozca como una enfermedad y no solo como un factor de riesgo»

ENTREVISTA A EXPERTO · INVESTIGADOR, MADRID

Cabe recordar, además, que el movimiento para reconocer la obesidad como una enfermedad no es nuevo: la Organización Mundial de la Salud describió por primera vez la obesidad como una enfermedad compleja y multifactorial en 1997, y enmarcó este reconocimiento junto con la necesidad de una prevención dirigida a toda la población (WHO, 2026a).

Estos resultados ponen de manifiesto una opinión común entre todos los grupos de interés: la falta de reconocimiento de la obesidad como enfermedad constituye un obstáculo fundamental que impide la continuidad de cualquier otra medida.

RECUADRO 1

La Guía GIRO de SEEDO

La Guía GIRO de SEEDO, respaldada por 37 sociedades científicas y 12 asociaciones de pacientes, recoge 144 recomendaciones para el abordaje de la obesidad en adultos. Define la obesidad como una enfermedad crónica y recidivante, y no como una cuestión de fuerza de voluntad. Amplía el diagnóstico más allá del índice de masa corporal (IMC) por sí solo, al recomendar la relación cintura-altura, las pruebas de composición corporal y sistemas de estadificación como el Sistema de estadificación de la obesidad de Edmonton, y extiende la definición a las personas con sobrepeso cuya grasa abdominal ya está causando complicaciones. Recomienda que el tratamiento se centre en los resultados de salud y no únicamente en la pérdida de peso, y que combine una alimentación personalizada, ejercicio y apoyo psicológico, junto con medicación a partir de un IMC de 30 o de 27 kg/m² en caso de complicaciones, y cirugía bariátrica a partir de un IMC de 40 o de 35 kg/m² en caso de complicaciones.

La guía establece que la falta de motivación nunca debe ser motivo para denegar la atención sanitaria. Exige que se ponga fin al estigma relacionado con el peso en la asistencia sanitaria, que se financien con fondos públicos los medicamentos contra la obesidad, que se reduzcan las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas y que se refuercen los equipos multidisciplinares en la atención primaria.

6.2 Percepciones sobre la obesidad y el estigma

90%

de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras consideran que la obesidad es una enfermedad

Aunque tanto las personas que viven con obesidad como sus personas cuidadoras reconocían a título personal la obesidad como enfermedad (figura 3), tanto ellas como los profesionales sanitarios señalaron que la población general a menudo la percibe como «pereza o holgazanería».

«La gente piensa que tienes sobrepeso porque comes demasiado, pero no es así: cada caso es diferente»

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD · GALICIA

«El estigma perpetúa la idea de que es una enfermedad vinculada a las acciones individuales, sin darle el enfoque estructural necesario»

ENCUESTA DE SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN · PROFESIONAL DE SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN, MADRID

FIGURA 3

¿Es la obesidad una enfermedad?

Personas que viven con obesidad, incluidos padres y cuidadores (67)



Sí (color sólido) No (tono claro) No sabe

«¿Considera que la obesidad es una enfermedad?».

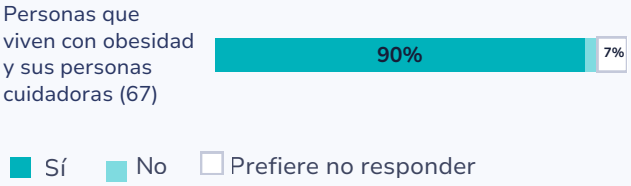
Los participantes sufrieron estigmatización de forma generalizada, y el 90 % de los participantes en la encuesta de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras afirmaron haber sufrido estigma o prejuicios en relación con su obesidad (Figura 4a). Aunque los participantes indicaron que sufrían estigmatización en diversos ámbitos de su vida, el ámbito mencionado con más frecuencia fue el de la atención sanitaria (Figura 4b). Al referirse a los comentarios de los profesionales sobre el exceso de piel tras la intervención quirúrgica, un participante dijo:

«No soy una persona a la que le guste su aspecto físico… [Moderador: ¿Quién le dice eso?] Lo dice el cirujano»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

FIGURA 4A

Experiencia de estigma o prejuicios

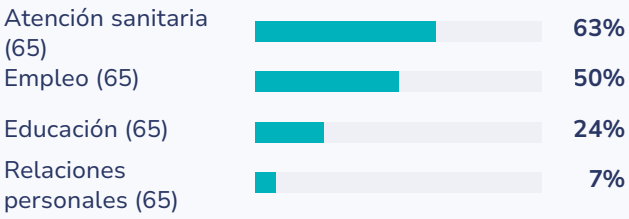


«¿Ha sufrido alguna vez estigma o prejuicios relacionados con su obesidad?». Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.

FIGURA 4B

Ámbitos en los que se sufre estigma

Perspectivas de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras



«¿En qué ámbitos de su vida ha sufrido este estigma o estos prejuicios?». Porcentaje que respondió «sí» en cada ámbito.

Estos participantes reconocieron la existencia de estigma por parte de los profesionales sanitarios; las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras mencionaron que los médicos utilizaban expresiones como «menos comida y más ejercicio», y los propios profesionales sanitarios explicaron además que, sin la formación adecuada, ellos mismos pueden llegar a desarrollar una visión estigmatizada de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras.

90%

de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras han sufrido estigma o prejuicios relacionados con su obesidad

«Yo mismo tenía una visión muy estigmatizada de la obesidad cuando empecé a tratar a estos pacientes. Fue al estudiarlo, al intentar comprender un poco su fisiopatología, al darme cuenta de lo complicado y complejo que era, y también al empezar a escuchar las historias y circunstancias de las personas, cuando [pude] desestigmatizarlo en cierta medida»

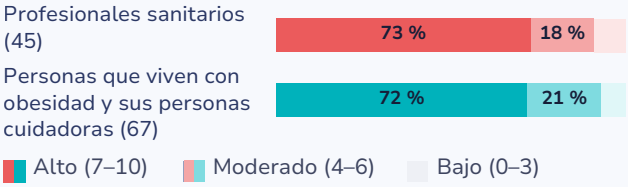
GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES SANITARIOS · FARMACÉUTICO Y NUTRICIONISTA, CC. AA. NO INDICADA

Se señaló que experiencias como el estigma en la atención sanitaria contribuían a la internalización del estigma y a retrasar la búsqueda de atención.

Tanto los profesionales sanitarios como las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras señalaron que el estigma y los prejuicios relacionados con el peso influyen en la búsqueda de atención sanitaria y en la atención recibida (Figura 5a). El 73 % de los profesionales sanitarios y el 72 % de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras calificaron el impacto del estigma en la atención sanitaria como «alto». A pesar de ello, los profesionales sanitarios manifestaron un alto nivel de confianza a la hora de tratar a sus pacientes de una forma no estigmatizante (Figura 5b).

FIGURA 5A

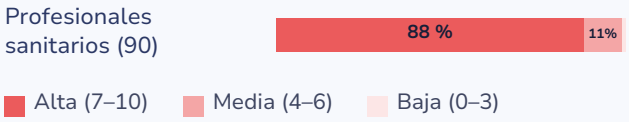
Impacto del estigma en la atención



A las personas que viven con obesidad (incluidos padres y cuidadores) se les preguntó: «¿En qué medida cree que el estigma influye en la capacidad de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras para buscar atención sanitaria y acceder a ella?». A los profesionales sanitarios se les preguntó: «¿En qué medida cree que los prejuicios relacionados con el peso afectan a la atención que reciben las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en su entorno?». Valoración de 0 a 10

FIGURA 5B

Confianza para ofrecer una atención no estigmatizante



«¿Qué grado de confianza tiene a la hora de tratar y manejar a sus pacientes que viven con obesidad de forma no estigmatizante?». Valoración de 0 a 10.

94%

de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras afirman que la publicidad presenta la obesidad de forma negativa

Más allá del estigma dentro del sistema sanitario, la representación de la obesidad se describió de forma abrumadora como negativa. La gran mayoría de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras señalaron que la obesidad se presenta de forma negativa en los medios de comunicación populares (89 %), las redes sociales (92 %), las noticias (88 %) y la publicidad (94 %).

El estigma está presente en todos los ámbitos de la vida en España y puede tener un gran impacto en las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras , especialmente en relación con la búsqueda de atención sanitaria.

6.3 Marco normativo y voluntad política

2,9/10

valoración media del apoyo financiero del Gobierno al tratamiento, según los profesionales sanitarios

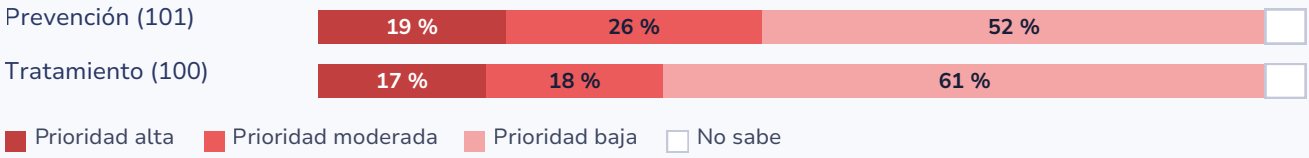
Los profesionales sanitarios participantes en la encuesta consideraron que tanto el tratamiento (61 %) como la prevención (52 %) de la obesidad tenían una prioridad baja en comparación con otros problemas sanitarios y sociales (Figura 6). El apoyo financiero del Gobierno también recibió una valoración baja por parte de los profesionales sanitarios, con una puntuación media de tan solo 3,3/10 en materia de prevención y de 2,9/10 en materia de tratamiento (n = 99).

La gran mayoría de los participantes de la encuesta de profesionales de la salud pública, la sociedad civil y la investigación (96 %) no identificó que el Gobierno español utilice políticas fiscales (por ejemplo, impuestos) para fomentar una alimentación más saludable. Los participantes consideraron que se trataba de una oportunidad perdida y destacaron la necesidad de aplicar políticas fiscales y reguladoras de eficacia probada.

FIGURA 6

Prioridad que el Gobierno concede a la obesidad

Perspectivas de los profesionales sanitarios



«En comparación con otros problemas sanitarios y sociales, ¿qué prioridad otorga su gobierno nacional a la prevención, el manejo y el tratamiento de la obesidad?». Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.

«Las políticas de prevención y control del tabaquismo […] han demostrado que lo que mejor funciona es aumentar los impuestos […] y luego destinar esos ingresos […] ¿por qué no incorporamos medidas que sabemos que funcionan, como los impuestos sobre las bebidas azucaradas […] y destinamos esos ingresos a subvencionar el coste de los alimentos frescos y saludables?»

ENTREVISTA A EXPERTO · INVESTIGADOR, MADRID

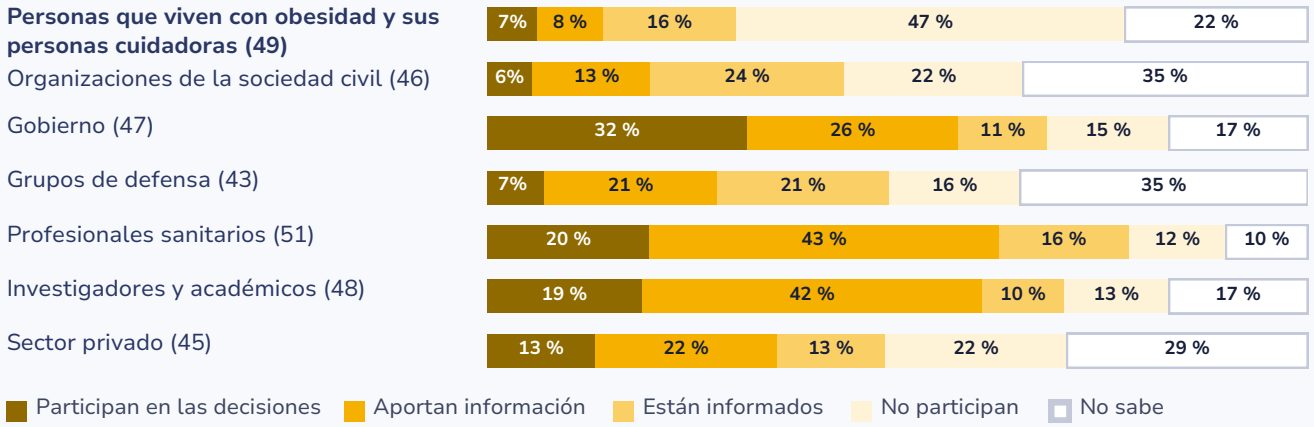
Además, los participantes en la encuesta de profesionales de la salud pública, la sociedad civil y la investigación señalaron una participación multisectorial limitada en la toma de decisiones. El Gobierno (32%), profesionales sanitarios (20 %) y los investigadores (19 %) fueron los más propensos a participar en la toma de decisiones. Cabe destacar que la sociedad civil (7 %), los grupos de defensa (7 %) y las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras (6 %) fueron los que, según los datos, menos participaron en la toma de decisiones (Figura 7).

Se considera que la obesidad recibe una prioridad baja y una financiación limitada, a pesar de que los grupos de interés creen que las medidas fiscales y normativas basadas en datos contrastados podrían marcar una diferencia significativa. También existen oportunidades para mejorar la colaboración multisectorial significativa con los grupos de interés de todo el sistema con el fin de abordar esta cuestión.

FIGURA 7

Participación de los distintos agentes en las políticas, la investigación y la incidencia en materia de obesidad

Perspectivas de los expertos en la salud pública, sociedad civil y la investigación



«En su país, ¿cómo participan los siguientes agentes en las políticas, la investigación y la incidencia en materia de obesidad?». Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.

Descentralización y desigualdad

La acción política en España se enfrenta a otros retos debido a la existencia de 17 sistemas sanitarios autónomos sin un marco nacional unificado en materia de obesidad. Los expertos destacaron que el reto consiste en establecer un criterio común; que existe un largo proceso burocrático que exige que cualquier normativa nacional sea aprobada y presupuestada en cada comunidad autónoma; y que la fuerte descentralización de competencias supone un obstáculo para la coordinación.

La colaboración entre las comunidades autónomas también es limitada. Los participantes destacaron que iniciativas prometedoras, como el protocolo de derivación de La Rioja, el Plan Obesidad Cero de Galicia y las directrices GIRO de SEEDO, se desarrollan actualmente de forma aislada, y que existe la necesidad de un mecanismo nacional estructurado para compartir y adaptar las buenas prácticas entre las distintas regiones.

«No tenemos ningún foro… hemos creado un sistema muy descentralizado y eso es irreversible… nadie va a volver a ceder el poder…existe una falta persistente de intercambio de buenas prácticas entre las comunidades autónomas»

ENTREVISTA A EXPERTO · PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN PÚBLICA, GALICIA

Esto se reflejó en las experiencias de atención muy diferentes que tuvieron las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en las distintas regiones. Por ejemplo, se describió el sistema sanitario de Madrid como saturado, pero con una buena combinación de servicios públicos y privados; el de Cataluña, con una atención primaria ágil, pero con listas de espera de hasta ocho meses para las pruebas; y el de Castilla-La Mancha como «muy malo», con listas de espera extremadamente largas y falta de flexibilidad en la programación de citas. Las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras de diferentes comunidades autónomas describieron que el tiempo hasta la intervención quirúrgica oscilaba entre unos pocos meses y más de tres años.

«La situación aquí es muy mala. Hay muy poca oferta […] y las listas de espera son muy largas; la enfermera está disponible los miércoles a las once. Trabajo a las once»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

«Me sometí a una cirugía de bypass gástrico […] Estuve en lista de espera durante tres años y medio […] Tuve que someterme a la intervención mediante un acuerdo privado después de que el sistema público colapsara»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

RECUADRO 2

La obesidad «por código postal»

La obesidad «por código postal» fue un concepto introducido por los expertos. La prevalencia y las consecuencias de la obesidad, especialmente en la población infantil, se distribuyen de forma desigual según la clase social y la comunidad autónoma.

Los participantes también destacaron que la prevalencia y las consecuencias de la obesidad, especialmente en la población infantil, se distribuyen de forma desigual según la clase social y el territorio, y citaron como ejemplo a las Islas Canarias y Andalucía, las comunidades autónomas con mayor desigualdad asociada a la obesidad infantil, lo cual está relacionado con la falta de financiación de los servicios sociales (recuadro 2).

«Las desigualdades socioeconómicas condicionan el acceso a entornos saludables y a una alimentación de calidad, lo que afecta de manera desproporcionada a los colectivos más vulnerables»

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS · MÉDICO ESPECIALISTA, MADRID

«…la obesidad se ha convertido claramente en (…) Una enfermedad con un marcado componente social. Así que apenas se observa sobrepeso u obesidad entre las personas adineradas. Y se observa mucha obesidad, tanto en adultos como infantil, entre las poblaciones menos favorecidas o más vulnerables»

ENTREVISTA A EXPERTO · INVESTIGADOR, PAÍS VASCO

«Si nos fijamos en […] las Islas Canarias y Andalucía […] son un claro ejemplo de un gradiente social muy marcado […] si nos fijamos en las cifras de pobreza infantil […] se correlacionan perfectamente con la obesidad infantil»

ENTREVISTA A EXPERTO · INVESTIGADOR, MADRID

En consecuencia, el lugar donde vive una persona, al igual que sus necesidades clínicas, determina la atención y el apoyo a los que puede acceder, lo que refuerza las desigualdades geográficas y socioeconómicas en materia de obesidad (recuadro 2).

6.4 Sistemas sanitarios y acceso a la asistencia sanitaria

Dentro del sistema sanitario se identificaron barreras para acceder a una atención asequible y la disponibilidad de profesionales sanitarios adecuados para abordar la obesidad. Los participantes describieron la sensación de encontrarse en un «limbo» diagnóstico debido a la falta de reconocimiento de la enfermedad. Varios participantes describieron su situación como «pre, pre, pre» (prediabetes, sobrepeso, pero sin llegar aún a la obesidad), una zona gris que, según ellos, el sistema utilizaba como excusa para no ofrecerles la misma atención que si ya tuvieran un diagnóstico formal de la enfermedad.

91%

de las personas que viven con obesidad pagaron la medicación principalmente de su bolsillo

«Los medicamentos cuestan 124 € o 154 € por dosis […] pasar de 124 € a pagar el 40 % de esa cantidad sigue siendo mucho»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

«Me he sentido bastante frustrada desde el principio […] Tengo prediabetes, pero no tengo diabetes […] todo es como pre, pre, pre»

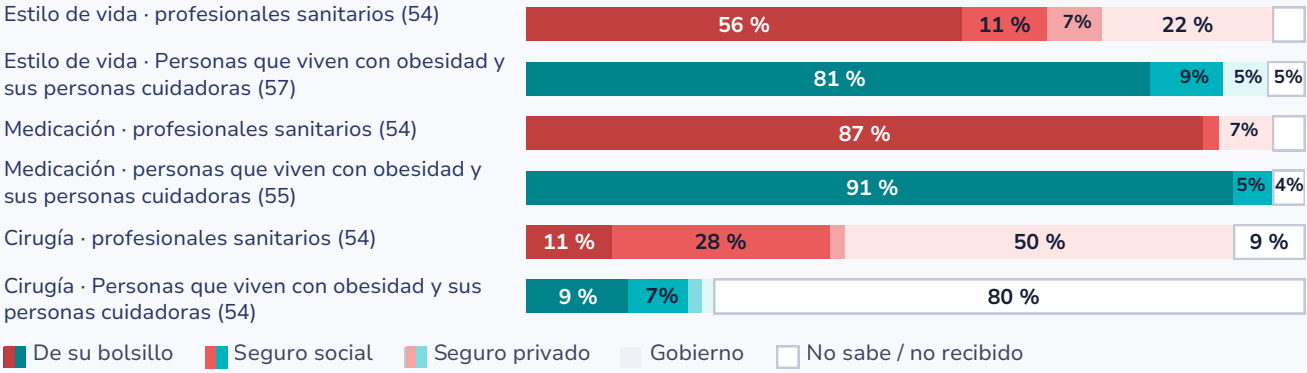
GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Asequibilidad de la atención sanitaria

Todos los grupos de interés señalaron que la asequibilidad de la asistencia sanitaria constituía un obstáculo clave dentro del sistema sanitario. Se señaló que los pagos directos eran el método de financiación más habitual tanto para las intervenciones farmacológicas (91 %) como para las relacionadas con el estilo de vida por parte de personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras (81 %) (Figura 8). Esto era especialmente cierto en el caso del tratamiento farmacológico, que no está cubierto por el SNS.

FIGURA 8

Cómo se financia principalmente el tratamiento de la obesidad



A las personas que viven con obesidad (incluidos padres y cuidadores) se les preguntó: <<¿Cómo financiaste tú tratamiento para la obesidad?>> A los profesionales sanitarios se les preguntó: «¿Cómo se suele financiar el tratamiento de la obesidad en su país?». Respuestas que indican la fuente que paga «principalmente». Última categoría: «No lo sé» (personas que viven con obesidad) y «No he recibido este tipo de tratamiento» (profesionales sanitarios).

«Sobre todo el aspecto económico, y más aún si no se tiene un sueldo alto. Creo que la Seguridad Social debería cubrir al menos una parte. En mi caso, es posible que tenga que interrumpir el tratamiento porque no puedo permitírmelo»

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Al describir los factores que facilitaban la atención sanitaria, las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras mencionaron disponer de los recursos económicos necesarios para acceder al tratamiento a través del sistema privado, y algunos participantes señalaron explícitamente que sus planes de seguro privado les facilitaban el acceso al tratamiento.

«Contar con un plan de seguro médico muy bueno»

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD · COMUNIDAD VALENCIANA

«Lo primero que hicieron mis padres fue llevarme al sector privado, es decir, no pensar nunca en el sector público…»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Estos resultados sugieren que, en la actualidad, el acceso al tratamiento de la obesidad en España depende en gran medida de los ingresos personales (es decir, de la capacidad de pagarlo de su propio bolsillo) y de los seguros privados, lo que conlleva el riesgo de que se cree un sistema de dos velocidades en el que quienes tienen mayor capacidad económica reciben atención a tiempo, mientras que otros retrasan, racionan o interrumpen el tratamiento.

Acceso a profesionales cualificados y equipos multidisciplinares

18%

de las personas que viven con obesidad habían acudido a un médico de atención primaria por su obesidad

Falta de acceso a profesionales sanitarios cualificados con un buen conocimiento de la obesidad y de cómo tratarla sin estigmatizar fue señalado como un obstáculo clave para la atención tanto por los profesionales sanitarios como por las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras . Cabe destacar que el acceso a la atención de la obesidad a través de la atención primaria (AP) era limitado, ya que solo el 18 % de los participantes en la encuesta a personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras indicaron que habían acudido a un médico de atención primaria como parte de su atención de la obesidad. La atención primaria debería ser el primer punto de contacto en el SNS y su acceso es gratuito (Bernal-Delgado et al., 2024). Esto sitúa a los profesionales de medicina de atención primaria y al personal de enfermería de los centros de salud en una posición privilegiada para ofrecer atención a largo plazo en materia de obesidad y derivar a los pacientes a servicios especializados hospitalarios cuando sea necesario.

La guía GIRO recomienda que cada equipo de atención primaria cuente con una persona responsable en materia de obesidad y que se estrechen los vínculos entre la atención primaria y las unidades hospitalarias especializadas en obesidad, y algunas regiones han comenzado a ponerlo en práctica (Recuadro 1).

70%

de los profesionales sanitarios no recibieron formación sobre obesidad en su formación básica

Los participantes señalaron que la formación en materia de obesidad que reciben los profesionales sanitarios españoles es, en la actualidad, inadecuada e insuficiente, lo que deja a la mayoría sin la preparación necesaria para ofrecer el nivel de atención esperado. De los participantes en la encuesta, el 70 % de los profesionales sanitarios indicaron que no habían recibido formación sobre obesidad en la formación básica de grado, y el 23 % señalaron que en España no existía en absoluto formación especializada (el 53 % consideraba que sí existía, pero solo si podían costearla por su cuenta). En general, los expertos consideraban que la obesidad apenas ocupa una hora del plan de estudios de toda la carrera de Medicina en España.

«Una hora hablando de obesidad, lo único que habían aprendido sobre este tema en toda su carrera»

ENTREVISTA A EXPERTO · ENDOCRINÓLOGO CLÍNICO E INVESTIGADOR, GALICIA

«Al final, sí que nos enseñan cosas sobre la enfermedad, pero creo que lo hacen de una forma bastante anticuada, sin tener en cuenta la nueva información de la que disponemos ni las nuevas terapias nutricionales, y siempre desde un punto de vista clínico, sin centrarse en el paciente. En cuanto al resto, bueno, todos nos hemos mantenido al día cada uno a nuestra manera»

GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES SANITARIOS · NUTRICIONISTA

Además de la necesidad de contar con profesionales formados en el ámbito de la obesidad, quedó patente el deseo de disponer de una atención y unos equipos más multidisciplinares —especialmente con profesionales como psicólogos y nutricionistas— a lo largo de todo el proceso de tratamiento del paciente.

«La falta de tiempo y de recursos multidisciplinares, especialmente en el ámbito del trabajo social y la salud mental. La falta de tratamientos eficaces financiados con fondos públicos»

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS · MÉDICO ESPECIALISTA, CATALUÑA

«Me explicaron que me iban a operar del estómago, no del cerebro. Nunca tuve a ningún psicólogo presente»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD - NUTRICIONISTA

Las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras también señalaron la falta de acceso a profesionales formados en el ámbito de la obesidad y capaces de proporcionar a sus pacientes información suficiente sobre esta enfermedad.

«Creo que hay una grave falta de información; ya ni siquiera se trata de la prevención, sino simplemente de información […] no le informan sobre los costes ni las consecuencias»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Esta falta de información deja un vacío que los propios pacientes llenan con recursos alternativos, en algunos casos de fiabilidad dudosa. Los participantes destacaron el riesgo que suponen la desinformación y el uso de fuentes de información menos fiables, como las redes sociales o la inteligencia artificial, ante la falta de información adecuada y fiable por parte de los profesionales sanitarios.

«…existe una gran ignorancia sobre cómo gestionarlo, y la gente sigue prestando mucha atención a los mitos»

ENCUESTA DE SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN · PROFESIONAL DE LA SALUD PÚBLICA, ANDALUCÍA

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, entre los principales obstáculos a la hora de apoyar el tratamiento figuraban la falta de tiempo para las consultas y el aumento de la demanda de consultas con especialistas. Estas barreras suelen dar lugar a que no se priorice la atención personalizada, a largas listas de espera y a un seguimiento limitado. Estos factores, junto con la falta de profesionales, los limitados recursos multidisciplinares —especialmente en el ámbito del trabajo social y la salud mental— y la escasa coordinación entre los profesionales, constituyen obstáculos para prestar una atención centrada en la persona.

«El obstáculo son los recursos humanos […] cuando quiere hacer un seguimiento, se da cuenta de que hay pacientes que no caben en su agenda»

ENTREVISTA A EXPERTO · ENDOCRINÓLOGO CLÍNICO E INVESTIGADOR, GALICIA

Los participantes en la encuesta a profesionales sanitarios también señalaron que la disponibilidad de profesionales especializados en el tratamiento de la obesidad es menor en las zonas rurales. Al valorar la disponibilidad en una escala del 0 al 10, la puntuación media en las zonas urbanas fue de 5,74, frente a 4,32 en las zonas rurales (n = 47), lo que podría agravar aún más las desigualdades relacionadas con el acceso. Estos resultados confirman la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en materia de obesidad y de contar con equipos multidisciplinares que dispongan de tiempo suficiente para prestar una atención integral y centrada en la persona.

6.5 Oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influyan directamente en la toma de decisiones

9,5/10

importancia media que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras conceden a incluir su experiencia personal en el desarrollo de las políticas, la prevención y la investigación en materia de obesidad

Esta investigación reveló que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras tienen pocas oportunidades de influir en la toma de decisiones en las políticas, la investigación y la incidencia en materia de obesidad. Los participantes en la encuesta de profesionales de la salud pública, la sociedad civil y la investigación señalaron que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras tenían una participación limitada en las políticas, la investigación y la defensa de sus derechos, ya que el 47 % de los participantes en la encuesta indicó que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras no participan en absoluto y otro 22 % señaló que no sabía si participaban de algún modo (Figura 7).

Las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras también destacaron la falta de conocimiento sobre la existencia de oportunidades para influir en las políticas sanitarias o la falta de dichas oportunidades; el 30 % afirmó que no existen oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influyan en las políticas sanitarias relacionadas con la obesidad en España y el 58 % no sabía si existían dichas oportunidades (Figura 9).

A pesar de ello, las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras participantes en el estudio indicaron que consideran muy importante contar con las opiniones de personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en el desarrollo de políticas, la prevención y la investigación sobre la obesidad, con una puntuación media de 9,5 sobre 10. Existe una clara brecha entre el valor que se atribuye a la participación de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en la elaboración de políticas sobre obesidad y el conocimiento —y, posiblemente, la existencia— de oportunidades para que las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras participen en dicho proceso.

Oportunidades para influir en las políticas sanitarias

Personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras, incluidos padres y cuidadores (n = 60)



«¿Tiene oportunidades para defender sus propios intereses e influir en las políticas sanitarias relacionadas con la obesidad en su país?».

A pesar del amplio consenso sobre la importancia de una mayor participación ciudadana, un experto advirtió del riesgo de que esta sea instrumentalizada —por parte de las instituciones, el ámbito académico o las empresas farmacéuticas— sin que ello se traduzca posteriormente en decisiones reales.

«Cualquier cosa que aumente los niveles de participación ciudadana, incluida la cocreación con la ciudadanía […] es fundamental si queremos que las medidas funcionen […] mi problema surge cuando esa participación se utiliza o se instrumentaliza […] eso no es participación real»

ENTREVISTA A EXPERTO · INVESTIGADOR, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

Todo ello sugiere que existen oportunidades para una mayor participación de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en la formulación de políticas, la investigación y la defensa de sus derechos, si bien hay que tener en cuenta que dicha participación no debe ser meramente simbólica, sino que debe traducirse en una participación real que dé lugar a una toma de decisiones colaborativa.

6.6 Factores socioculturales y ambientales

Los profesionales del ámbito de la salud y de las políticas que respondieron a la encuesta mencionaron los «factores culturales» como un obstáculo para la prevención, el tratamiento y el control de la obesidad, aunque la mayoría no especificó cuáles eran.

«En España, comer y beber bien y disfrutar de la comida en compañía requiere un cambio cultural gradual que resulta difícil de llevar a cabo»

ENCUESTA DE SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN · PROFESIONAL DE LA SALUD PÚBLICA, COMUNIDAD VALENCIANA

Además, estos participantes reconocieron el aumento de la disponibilidad de alimentos ultraprocesados y una falta de tiempo libre para que las familias prepararan comidas saludables debido a las largas jornadas laborales.

«El fácil acceso a los alimentos ultraprocesados como parte barata, accesible y habitual de la dieta, lo que facilita la conciliación de la vida familiar»

ENCUESTA DE SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN · PROFESIONAL DE LA SALUD PÚBLICA, CASTILLA Y LEÓN

«La falta de coherencia entre los mensajes sobre salud y la realidad práctica (mayor acceso a alimentos procesados, precios más bajos, disponibilidad de estos productos en centros sanitarios…), y las dificultades para llegar a las familias (poco tiempo libre, aparte del trabajo, para acudir a colegios y hospitales y acceder a posibles recursos educativos)»

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS · PSICÓLOGO, MADRID

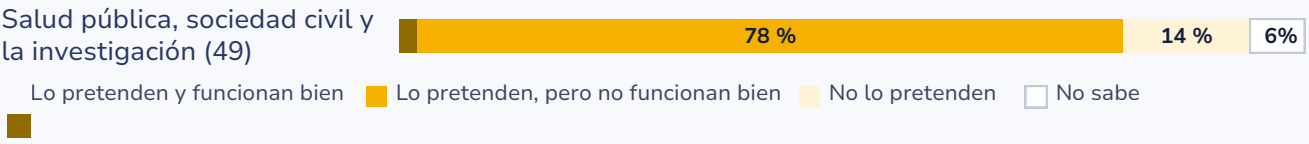
78%

de los participantes del ámbito de la salud publica, sociedad civil e investigación afirman que las políticas buscan adaptar los entornos, pero no funcionan bien

Los participantes también destacaron la falta de espacios al aire libre adecuados para la actividad física, lo que contribuye a un estilo de vida sedentario. Los participantes en encuesta de profesionales de la salud pública, la sociedad civil y la investigación consideraban que, aunque las políticas actuales tienen como objetivo adaptar los entornos para facilitar un estilo de vida saludable, no funcionan bien (Figura 10).

FIGURA 10

En qué medida las políticas adaptan los entornos para facilitar un estilo de vida saludable



«¿En qué medida las políticas actuales logran lo siguiente?»: adaptar los entornos para facilitar un estilo de vida saludable. Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.

«En Valladolid, en mi barrio, todas las calles son cuesta arriba y no hay instalaciones cercanas a las que pueda llevarle para que haga deporte»

GRUPO FOCAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD · VALLADOLID

A pesar de estos retos, algunos participantes señalaron ciertos factores culturales y ambientales propios de España que podrían contribuir a la prevención y el tratamiento de la obesidad, entre ellos un clima propicio para la actividad física al aire libre y la dieta local. Estos resultados apuntan a que en España existe la oportunidad de aprovechar los factores culturales que pueden contribuir a la prevención y el tratamiento de la obesidad, y de garantizar la accesibilidad.

07

Prioridades clave en la respuesta a la obesidad

Esta investigación recoge las perspectivas de 282 grupos de interés de todo el sistema de atención y prevención de la obesidad en España. Los resultados ofrecen una perspectiva sobre los retos y las oportunidades que plantean cambios a nivel sistémico, los cuales contribuirían a introducir mejoras en los ámbitos político, del sistema sanitario e individual.

De esta investigación surgieron siete prioridades clave, que se desarrollaron en colaboración con el grupo de trabajo de MAPPS II en España.

1 Reconocimiento de la obesidad como enfermedad

Aunque en algunos documentos políticos se hace referencia a la obesidad como enfermedad crónica, quienes trabajan en el ámbito de la obesidad y quienes viven con obesidad de ella no perciben que esté reconocida como tal. El reconocimiento legal de la obesidad como enfermedad es un primer paso importante y debe ir acompañado de una ley que garantice una financiación estable, independiente de los ciclos políticos. Este reconocimiento también debería reflejarse en la práctica clínica, mediante la adopción de directrices nacionales oficiales por parte del SNS. Además, es necesario contar con una estrategia actualizada contra la obesidad que aborde este problema a lo largo de toda la vida.

2 Gestión y atención centradas en la persona, multidisciplinares y basadas en la etapa de la vida

Es necesario **garantizar la disponibilidad generalizada de equipos multidisciplinares,** que incluyen a profesionales como dietistas, profesionales de la nutrición y profesionales de la psicología, en la atención primaria y en las unidades de obesidad, junto con la normalización de la atención centrada en la persona. El sistema debería garantizar la continuidad asistencial, tanto promoviendo la continuidad con el mismo profesional de referencia a lo largo del proceso asistencial como en la transición de la atención pediátrica a la atención de adultos.

3 Equidad en el acceso a la atención

Es necesario adoptar medidas para **reducir la dependencia de los pagos directos,** garantizando que el acceso se determine en función de las necesidades clínicas y no de la capacidad de acceder a un seguro privado o de pagar la atención de forma privada. Debería simplificarse la burocracia de los procesos de derivación y autorización de tratamientos, y reducirse las diferencias regionales en los tiempos de espera. Se debe prestar especial atención a las zonas rurales, donde hay menos profesionales cualificados, y a los niños, niñas y las familias de las zonas desfavorecidas, donde el gradiente social de la obesidad es más marcado.

4 Mayor capacidad de los profesionales sanitarios

La obesidad debería integrarse en los planes de estudio de grado, y debería ofrecerse formación especializada accesible y financiada con fondos públicos, incluida la prestación de atención de forma no estigmatizante. **La formación por sí sola no basta.**

Los profesionales sanitarios señalaron que el tiempo limitado de consulta, el aumento de la demanda y la escasez de personal constituían obstáculos para una atención y un seguimiento centrados en la persona. Es fundamental garantizar que se disponga de personal suficiente y de tiempo adecuado durante las consultas para que los profesionales cualificados puedan prestar la atención que las personas necesitan.

5 Campañas para reducir el estigma y ofrecer orientación sobre alimentación y actividad física basada en la evidencia

El estigma está presente en todos los ámbitos de la vida en España. Las campañas de sensibilización pública deberían cuestionar la percepción de que la obesidad es una cuestión de fuerza de voluntad individual y promover la comprensión de que se trata de una enfermedad compleja y crónica. Las campañas también deberían abordar el «estigma del tratamiento» emergente, combatiendo la desinformación y los juicios hacia las personas que reciben tratamiento prescrito por un profesional sanitario. Además, las personas necesitan información clara y basada en la evidencia sobre alimentación y actividad física que sea accesible, realista y no culpabilizadora.

6 Colaboración multisectorial y regional

Existe la oportunidad de reforzar la colaboración entre sectores y comunidades autónomas. Un «foro estable de intercambio» de buenas prácticas entre las comunidades autónomas contribuiría a replicar prácticas prometedoras en materia de prevención y atención de la obesidad. La colaboración también debería ser verdaderamente multisectorial e incluir a grupos de interés de todo el sistema, como los sectores de la educación, la agricultura, la planificación urbana y otros. En concreto, las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras son fundamentales para el desarrollo de políticas basadas en la evidencia.

7 Entornos que favorecen comportamientos saludables

Es necesaria una mayor **aplicación de medidas fiscales basadas en la evidencia,** como los impuestos sobre las bebidas azucaradas y los alimentos ultraprocesados, cuyos ingresos se reinviertan para que los alimentos frescos y saludables sean más asequibles, ya que ello podría contribuir a transformar el entorno alimentario. Los entornos físicos deben favorecer un estilo de vida activo mediante instalaciones locales accesibles, espacios al aire libre seguros y transporte público.

FINANCIACIÓN

El trabajo realizado en el marco del programa MAPPS II cuenta con financiación parcial de Eli Lilly and Company, Novo Nordisk A/S, Boehringer Ingelheim y Amgen. Estas organizaciones no tienen ninguna participación ni influencia en el contenido o la ejecución del proyecto, ni en los materiales o actividades que se desarrollen en el marco de este. La Federación Mundial de la Obesidad dirigió el diseño, la implementación y el análisis del estudio. Los financiadores no tuvieron ningún papel en la recogida ni en la interpretación de los datos.

Bibliografía

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (n.d.) *Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/nutricion/estrategia-naos (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (2005) *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity (NAOS Strategy)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/NAOS_Strategy.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) (2025) *ALADINO 2023 study on nutrition, physical activity, child development and obesity in Spain: executive summary*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/dam/jcr:fa07a465-b09c-41f9-b546-f6c219b8f17d/ALADINO_Executive_Summary.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Agencia Tributaria (2021) *Tipos impositivos en el IVA 2021*. Madrid: Agencia Estatal de Administración Tributaria. Disponible en: https://sede.agenciatributaria.gob.es/static_files/Sede/Tema/IVA/IVA_reperc/Tipos_IVA_2021.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Alianza por la Obesidad (2023) *Situación sanitaria y social de las personas con obesidad en España*. Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/Informe%20obesidad.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil (2022) *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022–2030): resumen ejecutivo*. Madrid: Presidencia del Gobierno. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2022/100622-plan-estrategico-nacional-reduccion-obesidad-infantil_en-plan-bien.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Ridao-López, M., Urbanos-Garrido, R.M., Oliva-Moreno, J., García-Abiétar, D. y Hernández-Quevedo, C. (2024) *Spain: health system summary, 2024*. Copenhague: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Disponible en: (Consultado: septiembre de 2026).

Braun, V. y Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101. Disponible en: .

Breton, I., Aranbarri, I., Lampropoulou, A., Redondo-Antón, J., Ágreda, J., Adam, A. y Artime, E. (2025) 'The overweight and obesity landscape in Spain: data from the Spanish cohort of the multi-country IMPACT-O study', *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 72(10), 501643. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530016425003568 (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Futures Studies.

Eurostat (2025) *Health care expenditure by financing scheme* [Conjunto de datos]. Disponible en: https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HF (Consultado: 9 de noviembre de 2026).

Gasol Foundation (2023) *Estudio PASOS 2022: evolución de los estilos de vida y el estado de salud del 2019–2020 al 2022–2023. Informe extenso*. Sant Boi de Llobregat: Gasol Foundation Europa.

Gobierno Vasco (2019) *Estrategia de prevención de la obesidad infantil en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_obesidad_infantil/es_def/adjuntos/Estrategia-Prevencion-Obesidad-Infantil-Euskadi.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

IMED Hospitales (n.d.) *Ilahy in IMED Levante*. Disponible en: https://www.imedhospitales.com/en/centers/imed-levante-hospital/specialized-units/ilahy (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Junta de Andalucía (2024) *Estrategia de promoción de vida saludable en Andalucía 2024–2030*. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Lecube, A. et al. (2025) *Guía Española GIRO: guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas*. 2.ª ed. Madrid: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/giro/GUIA-GIRO-2a-edicin_26NOV2024.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Madrid Salud (n.d.) *Programa de alimentación, actividad física y salud*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: https://madridsalud.es/pdf/02_alimentacion_y_actividad_fisica.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (2024) *Estrategia Nacional de Fomento del Deporte contra el Sedentarismo y la Inactividad Física 2025–2030*. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Disponible en: https://www.csd.gob.es/sites/default/files/media/files/2025-01/ESTRATEGIA%20SEDENTARISMO%2021%20ENERO%202025_comprimida.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Ministerio de Sanidad (2022) Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022): mejorando la salud y el bienestar de la población. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/docs/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Ministerio de Sanidad (2025a) Encuesta de Salud de España 2023 (ESdE 2023): nota técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023_notatecnica.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Ministerio de Sanidad (2025b) Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: documento de desarrollo 2025–2028. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/EAC_2026_DocumentoDesarrollo.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Bibliografía

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) *Prevention and Health Promotion Strategy of the Spanish NHS: executive summary*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/ExecutiveSummary.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Quirónsalud (n.d.) *Why choose our obesity treatment center of excellence?* Disponible en: https://www.quironsalud.com/obesidad/en/choose-obesity-treatment-center-excellence (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Rioja Salud (2023) *Protocolo de obesidad*. Logroño: Gobierno de La Rioja. Disponible en: https://escuelapacientes.riojasalud.es/files/obesidad/informacion-profesionales/libreto.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Salvador, J., Vilarrasa, N., Poyato, F. y Rubio, M.Á. (2020) 'Perceptions, attitudes, and barriers to obesity management in Spain: results from the Spanish cohort of the international ACTION-IO observation study', *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2834. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jcm9092834.

Servicio Murciano de Salud (2021) *Programa sanitario para la prevención y el manejo del sobrepeso y la obesidad infanto-juvenil en atención primaria en la Región de Murcia*. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Disponible en: https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/5421 (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Working Group of the Clinical Practice Guideline on the Prevention and Treatment of Childhood and Adolescent Obesity (2009) *Clinical practice guideline on the prevention and treatment of childhood and adolescent obesity*. Madrid: Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Social Policy; Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (AATRM). Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl_en.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

World Health Organization (WHO) (2026a) *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics: 5B81 Obesity*. Versión 2026-01. Disponible en: https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en#149403041 (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

World Health Organization (WHO) (2026b) *The WHO acceleration plan to stop obesity: a joint WHO/UNICEF operational model for designing and implementing the response*. Ginebra: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116054 (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

World Obesity Federation (n.d.) *Our research ethics policy: MAPPS II (Management & Advocacy for Providers, Patients and Systems)*. Londres: World Obesity Federation. Disponible en: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/Short_version_for_website_MAPPS_II_Ethics_policy.pdf (Consultado: 09 de noviembre de 2026)

World Obesity Federation (2026) *Global Obesity Observatory: data dashboard*. Disponible en: https://data.worldobesity.org (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Xunta de Galicia (2022) *Plan Obesidade Zero en Galicia 2022–2030*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Disponible en: https://vida-saudable.sergas.gal/cartafol/Documents/412/Plan%20Obesidade%20Zero%20en%20Galicia%20.pdf (Consultado: 24 de septiembre de 2026).

Legislación

Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021. *Boletín Oficial del Estado*, 341, 31 de diciembre de 2020.

Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. *Boletín Oficial del Estado*, 160, 6 de julio de 2011.

Apéndice 1: Metodología detallada

Esta investigación adoptó un enfoque de métodos mixtos, con recopilación de datos mediante encuestas, entrevistas a personas expertas y grupos focales. Se concibió como una consulta a los grupos de interés para recabar las experiencias y percepciones de los distintos agentes del sistema. No se pretendió obtener una muestra representativa. A continuación se describe la metodología detallada de cada componente de la investigación:

1 Encuestas

a. Recopilación de datos

La Federación Mundial de la Obesidad diseñó tres encuestas transversales en línea de alcance mundial con el apoyo del Grupo de Trabajo Mundial de MAPPS II. Se alojaron en SurveyMonkey desde mayo de 2025 hasta agosto de 2026 y se difundieron entre grupos de interés clave en España a través de las organizaciones miembro de la Federación Mundial de la Obesidad y de las redes de los grupos de trabajo mundial y español. Cada encuesta se elaboró en colaboración con profesionales sanitarios, personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras, la sociedad civil y personas expertas en investigación. Cada encuesta está dirigida a un público específico: personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras; profesionales sanitarios y médicos; y profesionales de la salud pública, personas investigadoras y agentes de la sociedad civil. Además, se diseñó una versión más breve de la encuesta para distribuirla en el marco de la mesa redonda española, celebrada durante el congreso anual de SEEDO en noviembre de 2025.

b. Análisis de datos

Se realizó un análisis de métodos mixtos de las tres encuestas con MaxQDA y Microsoft Excel.

i. Análisis cualitativo

Las respuestas cualitativas a las preguntas clave de las encuestas se codificaron de forma inductiva para identificar temas en el conjunto de datos. Al menos un miembro del personal de la WOF revisó los marcos de codificación de las tres encuestas y aportó comentarios.

ii. Análisis cuantitativo

Las respuestas cuantitativas se analizaron de forma descriptiva y los resultados se presentan como medias y porcentajes. No se realizó ningún análisis estadístico, por lo que los resultados cuantitativos no son generalizables.

2

Entrevistas y grupos focales

a. Recopilación de datos

Carla Montane (CM) y personal de la WOF realizaron una serie de entrevistas y grupos focales para aportar mayor profundidad a los resultados de las encuestas. La información detallada sobre el método, la persona investigadora y el perfil de los participantes figura en el apéndice 2.1.

b. Análisis de datos

Todas las entrevistas y grupos focales se realizaron de forma virtual a través de Zoom. Las transcripciones literales se generaron con Zoom Transcript, y el análisis se apoyó en MaxQDA. Los datos se examinaron mediante un análisis temático reflexivo de las transcripciones de las entrevistas y los grupos focales (Braun y Clarke, 2006). CM realizó un análisis temático inductivo de todos los datos recopilados por CM para identificar los temas. Posteriormente, estos temas se aplicaron de forma deductiva a todos los datos recopilados por la WOF. No se identificaron nuevos códigos ni temas en los datos recopilados por la WOF.

A lo largo de la investigación se utilizaron herramientas de IA (Zoom AI para las transcripciones, Plaude Note, Google Translation, MaxQDA, Pronto translation y Claude PRO Sonnet 5.5) como apoyo en las distintas fases del tratamiento de los datos (transcripción, análisis y traducción).

Los datos se anonimizaron antes de su tratamiento y se procesaron de forma adecuada conforme a las pautas teóricas de CM: un enfoque sistemático basado en Braun y Clarke (2006); neutralidad y reflexividad epistemológica; definición de las unidades de significado; criterios de saturación teórica: se estableció que el análisis inductivo inicial concluiría cuando la incorporación de nuevos discursos dejara de aportar códigos o categorías nuevos al modelo conceptual.

Todos los resultados se auditaron, verificaron e interpretaron manualmente para la entrega final. El proceso se ajustó a estrictos criterios de confidencialidad y rigor metodológico (World Obesity Federation, n.d.).

3 Mesa redonda multisectorial

El 21 de noviembre de 2025, la Federación Mundial de la Obesidad y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) organizaron una mesa redonda nacional de MAPPS II en Toledo (España). La mesa reunió a personas expertas, profesionales y organizaciones de personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras para analizar tres cuestiones: en qué aspectos la voluntad política no se traduce en acción, en qué puntos se interrumpen las vías asistenciales y cómo los determinantes sociales, comerciales y de infraestructura condicionan los resultados en materia de obesidad. Las notas detalladas del debate se utilizaron para contrastar los resultados de este informe y definir las prioridades clave.

4 Limitaciones

Ni los datos de las encuestas ni los datos cualitativos son representativos, y los resultados no son generalizables a nivel poblacional. Las experiencias del sistema difieren entre las regiones de España. Esta investigación no consultó a personas expertas de todo el país y puede no reflejar las experiencias de las personas que viven en las distintas regiones.

Apéndice 2: Características de los participantes

2.1 Grupos focales y entrevistas

MÉTODO	GRUPO	INVESTIGADOR/A	PERFIL DE LOS PARTICIPANTES	N
Entrevistas en profundidad	Entrevistas a personas expertas	CM	Personas expertas en práctica clínica, planificación y gestión públicas a nivel regional, e investigación	**5**
	Entrevista a persona experta	WOF	Investigador/a especializado/a en obesidad	**1**
Grupos focales con personas que viven con obesidad	G1	CM	Pacientes en tratamiento farmacológico	**5**
	G2	CM	Pacientes que se han sometido a cirugía bariátrica o están en lista de espera	**6**
	G3	CM	Pacientes que gestionan su obesidad mediante recursos privados o autogestionados	**5**
	G4	CM	Madres y padres de niños y niñas con sobrepeso u obesidad	**3**
Grupo focal con profesionales sanitarios	G5	WOF	Cirujano bariátrico, endocrinólogo, médico del trabajo, farmacéutico y nutricionista	**5**
Total				**30**

2.2 Comunidad autónoma de los participantes en las encuestas

Comunidad autónoma de los participantes en cada encuesta, en n (%). Las celdas más oscuras indican una mayor proporción de participantes de esa encuesta (coral: profesionales sanitarios; verde azulado: personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras; dorado: salud pública, sociedad civil y investigación). Respondieron a esta pregunta 95 profesionales sanitarios, 57 personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras y 71 participantes de salud pública, sociedad civil y investigación.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROFESIONALES SANITARIOS	PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD Y SUS PERSONAS CUIDADORAS	SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL Y INVESTIGACIÓN
Andalucía	23 (24 %)	7 (12 %)	15 (21 %)
Aragón	0 (0 %)	2 (4 %)	1 (1 %)
Asturias	2 (2 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
Islas Baleares	0 (0 %)	3 (5 %)	3 (4 %)
País Vasco	2 (2 %)	4 (7 %)	0 (0 %)
Islas Canarias	7 (7 %)	0 (0 %)	2 (3 %)
Cantabria	1 (1 %)	4 (7 %)	1 (1 %)
Castilla y León	2 (2 %)	3 (5 %)	2 (3 %)
Castilla-La Mancha	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
Cataluña	17 (18 %)	17 (30 %)	13 (18 %)
Extremadura	2 (2 %)	1 (2 %)	3 (4 %)
Galicia	6 (6 %)	3 (5 %)	17 (24 %)
La Rioja	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (3 %)
Madrid	22 (23 %)	5 (9 %)	9 (13 %)
Murcia	2 (2 %)	0 (0 %)	2 (3 %)
Navarra	2 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Comunidad Valenciana	7 (7 %)	6 (11 %)	1 (1 %)
Ceuta y Melilla	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Total	95 (100 %)	57 (100 %)	71 (100 %)

2.3 Otras características de los participantes en las encuestas

Proporción de participantes de cada encuesta, en % (n). Cuando se indica, n es el número de participantes que respondieron a la pregunta. La comunidad autónoma figura en el apéndice 2.2.

2.2 Profesionales sanitarios y médicos

N = 101

Entorno de trabajo (n = 48)

Urbano	90 % (43)
Rural	10 % (5)

Contexto de atención † (n = 51)

Atención primaria	35 % (18)
Atención secundaria/terciaria	43 % (22)
Atención sanitaria comunitaria	2 % (1)
Extensión comunitaria	4 % (2)
Otro	16 % (8)

Profesión (n = 100)

Médico de medicina general	21 % (21)
Médico especialista	52 % (52)
Médico residente/médico júnior	0 % (0)
Enfermero o enfermero especializado	3 % (3)
Asistente médico/asociado médico	1 % (1)
Dietista	2 % (2)
Nutricionista	10 % (10)
Terapeuta del ejercicio/científico del ejercicio	0 % (0)
Fisioterapeuta	1 % (1)
Psicólogo, orientador o psicoterapeuta	1 % (1)
Matrona	0 % (0)
Trabajador sanitario comunitario	1 % (1)
Dentista	0 % (0)
Otros/as	8 % (8)

Especialidad (especialistas o personas que no especificaron su profesión) (n = 52)

Endocrinólogo o diabetólogo	48 % (25)
Especialista en obesidad	13 % (7)
Especialista bariátrico	8 % (4)
Cirujano general	0 % (0)
Cardiólogo	6 % (3)
Pediatra	10 % (5)
Obstetra y ginecólogo/a	0 % (0)
Psiquiatra	0 % (0)
Otros/as	15 % (8)

2.3 Personas que viven con obesidad o en riesgo de padecerla, padres y cuidadores

N = 76, incluidos 2 padres o cuidadores

Edad (años)

Mediana (IQR)	49,2
Menores de 18	1 % (1)
18–24	0 % (0)
25–34	5 % (4)
35–44	25 % (19)
45–54	45 % (34)
55–64	20 % (15)
65 o más	4 % (3)

Sexo (n = 73)

Mujeres	85 % (62)
Hombres	14 % (10)
Prefiere no responder	1 % (1)

Entorno

Urbano	74 % (56)
Rural	26 % (20)

Categoría de IMC autodeclarada o declarada por el cuidador

Bajo peso	0 % (0)
Peso saludable	4 % (3)
Sobrepeso	16 % (12)
Obesidad	46 % (35)
Obesidad grave	34 % (26)
No lo sabe	0 % (0)

Tiempo viviendo con obesidad o en riesgo de padecerla (n = 75)

Menos de un año	0 % (0)
1-2 años	0 % (0)
3-4 años	4 % (3)
5 años o más	95 % (71)
Prefiere no decirlo	1 % (1)

Educación, formación o empleo (selección múltiple) (n = 76)

Escuela	0 % (0)
Educación superior no universitaria	5 % (4)
Universidad	7 % (5)
Formación profesional, aprendizaje o formación profesional especializada	12 % (9)
Empleo a tiempo completo	55 % (42)
Empleo a tiempo parcial	8 % (6)
Cuidado del hogar o de la familia	18 % (14)
Otro trabajo no remunerado	4 % (3)
Ninguna de las anteriores	14 % (11)

2.4 Salud pública, sociedad civil e investigación

N = 75

Ámbito de trabajo (selección múltiple) (n = 75)

Salud pública	56 % (42)
Elaboración de políticas	0 % (0)
Sociedad civil	5 % (4)
Investigación y/o ámbito académico	29 % (22)
Otro	31 % (23)
Sin respuesta	0 % (0)

En 2.3 (educación, formación o empleo) y 2.4 (ámbito de trabajo), las preguntas son de selección múltiple: los porcentajes corresponden al total de participantes de cada encuesta (76 y 75) y no suman el 100 %.

Apéndice 3: Métodos detallados de análisis de las encuestas

Preguntas analizadas de cada encuesta, por tipo de análisis. Esta encuesta incluía preguntas adicionales que no se recogen en este documento.

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD: la sección A corresponde a las personas que viven con obesidad o en riesgo de padecerla y sus personas cuidadoras (P1–32) y la sección B, a madres, padres y cuidadores (P33–61).

Criterios de elegibilidad

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

P1 Lea las siguientes afirmaciones y confirme que las ha entendido y que da su consentimiento para participar en esta investigación:

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

P1 Lea las siguientes afirmaciones y confirme que las ha entendido y que da su consentimiento para participar en esta investigación:

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Sección A: personas que viven con obesidad o en riesgo de padecerla

P1 Lea las siguientes afirmaciones y confirme que las ha entendido y que da su consentimiento para participar en esta encuesta:

P2 ¿Se identifica como persona que vive con obesidad o en riesgo de padecerla?

P4 ¿Cuál es su país de residencia?

P14 Indique cualquier factor que haya influido en su decisión de retrasar o evitar el tratamiento de la obesidad.

Sección B: madres, padres y cuidadores

P33 ¿Qué edad tiene la persona a la que cuida?

P34 ¿Cuál es el país de residencia de la persona a la que cuida?

Análisis descriptivo (MAXQDA / Excel)

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

P2 ¿Sobre qué país va a informar?

P3 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su ámbito de trabajo?

P4 ¿Reconoce oficialmente su gobierno la obesidad como una enfermedad?

P6 ¿Cuenta su país con estrategias nacionales publicadas oficialmente en relación con lo siguiente?

P7 Valore cómo lo está haciendo el gobierno nacional de su país en cuanto al apoyo financiero en los siguientes ámbitos.

P11 ¿Cuenta su gobierno nacional con políticas que hagan lo siguiente?

P12 ¿En qué medida las políticas actuales logran lo siguiente?:

P15 ¿En qué medida se hace un seguimiento de las políticas sobre obesidad tras su aplicación?

P20 En su país, ¿cómo participan los

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

P2 ¿Cuál es su país de residencia?

P3 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su lugar de trabajo?

P4 ¿En qué contexto trabaja para prevenir, manejar y/o tratar la obesidad?

P5 ¿Qué categoría describe mejor su profesión?

P6 ¿En qué área está especializado/a?

P7 ¿Reconoce oficialmente su gobierno la obesidad como una enfermedad?

P9 En comparación con otros problemas sanitarios y sociales, ¿qué prioridad otorga su gobierno nacional a la prevención, el manejo y el tratamiento de la obesidad?

P10 ¿Cuenta su gobierno nacional o algún organismo profesional con guías clínicas sobre la prevención, el manejo y el tratamiento de la obesidad en adultos o niños?

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Sección A: personas que viven con obesidad o en riesgo de padecerla

P3 ¿Qué edad tiene?

P5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar donde vive?

P6 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado de peso según el índice de masa corporal (IMC)?

P7 ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con obesidad o en riesgo de padecerla?

P8 ¿Es usted madre, padre o cuidador/a de alguien que vive con obesidad o está en riesgo de padecerla? (también se utiliza para dirigir el flujo de la encuesta)

P9 ¿Cuál es su sexo?

P10 ¿Se encuentra actualmente en alguna de las siguientes situaciones?

P11 ¿Algún profesional sanitario o médico le ha dicho alguna vez que tiene obesidad o que

Análisis descriptivo (MAXQDA / Excel) (continuación)

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

siguientes agentes en las políticas, la investigación y la incidencia en materia de obesidad?

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

P11 En la práctica, si existen guías clínicas sobre la prevención, el manejo y el tratamiento de la obesidad, ¿se siguen?

P13 Valore cómo cree que lo está haciendo el gobierno nacional de su país en cuanto al apoyo financiero en los siguientes ámbitos.

P15 ¿Cómo se suele financiar el tratamiento de la obesidad en su país?

P18 Valore en una escala de 0 a 10 la disponibilidad de profesionales debidamente cualificados en el tratamiento y la prevención de la obesidad, tanto en zonas rurales como urbanas.

P19 ¿Suelen estar disponibles en su país equipos multidisciplinares para gestionar la atención de la obesidad en los siguientes entornos?

P20 ¿Cómo cree que lo está haciendo su país en los tres componentes del enfoque de atención primaria?

P21 ¿Se incluyó formación sobre la prevención y el manejo de la obesidad en su formación básica?

P22 ¿Existe formación especializada en obesidad fácilmente accesible para los profesionales sanitarios de su país?

P23 ¿En qué medida cree que los prejuicios relacionados con el peso afectan a la atención que reciben las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en su entorno?

P24 ¿Qué grado de confianza tiene a la hora de tratar y manejar a sus pacientes que viven con obesidad de forma no estigmatizante?

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

está en riesgo de padecerla?

P12 Tras esa conversación con el profesional sanitario o médico, ¿se le ofreció apoyo o tratamiento?

P13 ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para la obesidad?

P15 ¿A cuáles de los siguientes profesionales médicos ha acudido para el tratamiento de la obesidad?

P16 Fuera del sistema sanitario, ¿qué apoyo ha buscado para manejar la obesidad?

P17 ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo activamente tratamiento para la obesidad?

P20 ¿Cómo financió su tratamiento para la obesidad?

P22 Basándose en su experiencia personal, valore la capacidad de su sistema sanitario para prevenir la obesidad y tratar a las personas que viven con obesidad.

P24 ¿Considera que la obesidad es una enfermedad?

P25 ¿Ha sufrido alguna vez estigma o prejuicios relacionados con su obesidad?

P26 ¿En qué ámbitos de su vida ha sufrido este estigma o estos prejuicios?

P27 ¿En qué medida cree que el estigma influye en la capacidad de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras para buscar atención sanitaria y acceder a ella?

P28 ¿Cómo se representa la obesidad en los medios de comunicación de su país?

P30 ¿Qué importancia cree que tiene incluir las voces de las personas con experiencia vivida en el desarrollo de las políticas, la prevención y la investigación sobre la obesidad?

P31 ¿Tiene oportunidades para defender sus propios intereses e influir en las políticas sanitarias relacionadas con la obesidad en su país?

Sección B: madres, padres y cuidadores

P35 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar donde vive la persona a la que cuida?

P36 ¿Cuál es el sexo de la persona a la que cuida?

P37 ¿Se encuentra actualmente la persona a la que cuida en alguna de las siguientes situaciones?

P38 Según su conocimiento, ¿cómo describiría el estado de peso de la persona a la que cuida?

P39 ¿Cuánto tiempo lleva la persona a la que cuida viviendo con obesidad o en riesgo de padecerla?

P40 ¿Algún profesional sanitario o médico le ha dicho alguna vez a la persona a la que cuida que tiene obesidad o que está en riesgo de padecerla?

P41 Tras esa conversación con el profesional

Análisis descriptivo (MAXQDA / Excel) (continuación)

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

sanitario o médico, ¿se le ofreció apoyo o tratamiento?

P42 ¿Ha recibido alguna vez la persona a la que cuida tratamiento para la obesidad?

P43 ¿A cuáles de los siguientes profesionales médicos ha acudido la persona a la que cuida para el tratamiento de la obesidad?

P44 Fuera del sistema sanitario, ¿qué apoyo ha buscado para manejar la obesidad?

P45 ¿Cuánto tiempo lleva la persona a la que cuida recibiendo activamente tratamiento para la obesidad?

P48 ¿Cómo financió la persona a la que cuida su tratamiento para la obesidad?

P51 Basándose en su experiencia personal, valore la capacidad de su sistema sanitario para prevenir la obesidad y tratar a las personas que viven con obesidad.

P53 ¿Considera que la obesidad es una enfermedad?

P54 ¿Ha sufrido alguna vez la persona a la que cuida estigma o prejuicios relacionados con su obesidad?

P55 ¿En qué ámbitos de su vida ha sufrido este estigma o estos prejuicios?

P56 ¿En qué medida cree que el estigma influye en la capacidad de las personas que viven con obesidad para buscar atención sanitaria y acceder a ella?

P57 ¿Cómo se representa la obesidad en los medios de comunicación de su país?

P59 ¿Qué importancia cree que tiene incluir las voces de las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras en el desarrollo de las políticas, la prevención y la investigación sobre la obesidad?

P60 ¿Tienen usted o la persona a la que cuida oportunidades para defender a las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoras influir en las políticas sanitarias relacionadas con la obesidad en su país?

Análisis cualitativo de preguntas abiertas (temático, MAXQDA)

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

P8 Indique qué cree que su país está haciendo muy bien en cuanto al apoyo financiero en cada ámbito.

P9 Indique qué cree que su país podría hacer más o mejor en cuanto al apoyo financiero en cada ámbito.

P10 Comparta información sobre cualquier otro apoyo financiero disponible para el tratamiento, la prevención y el manejo de la obesidad en su país.

P13 En su país, ¿hay grupos específicos con mayor riesgo de obesidad?

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

P8 Explique un poco más en qué punto se encuentra su gobierno en el proceso de reconocimiento de la obesidad como enfermedad. Si procede, indique en qué estado o región se encuentra.

P12 ¿Qué obstáculos y factores facilitadores han influido en su capacidad para seguir en la práctica las guías de prevención, manejo y tratamiento de la obesidad?

P14 Comparta cualquier información adicional sobre otros apoyos financieros disponibles para el tratamiento, la prevención y el manejo de la obesidad en su país. Mencione las diferencias que existan a nivel estatal o

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

Sección A: personas que viven con obesidad o en riesgo de padecerla

P18 Indique cualquier factor que haya influido en su decisión de interrumpir el tratamiento de la obesidad.

P19 ¿Cómo fue su experiencia al recibir tratamiento?

P21 ¿Qué factores le han facilitado o dificultado el acceso al tratamiento de la obesidad?

P23 ¿En qué medida cree que los servicios de atención primaria (p. ej., médicos de cabecera, médicos de familia, personal de enfermería o

Análisis cualitativo de preguntas abiertas (temático, MAXQDA) (continuación)

SALUD PÚBLICA, SOCIEDAD CIVIL E INVESTIGACIÓN

P14 ¿En qué medida responden las políticas actuales a las necesidades de las personas con mayor riesgo?

P16 ¿Cómo podrían mejorarse las políticas actuales?

P17 ¿Cuáles son los principales obstáculos y factores facilitadores para la prevención de la obesidad en su país?

P18 ¿De qué manera influye la percepción pública de la obesidad en el desarrollo y la aplicación de la investigación y las políticas para prevenir, tratar y manejar la obesidad en su país?

P19 Comparta cualquier iniciativa, programa o práctica prometedora en materia de prevención, tratamiento y/o manejo de la obesidad que conozca en su país.

P21 ¿Qué obstáculos y factores facilitadores clave existen para una coordinación eficaz entre sectores en materia de prevención de la obesidad?

ENCUESTA A PROFESIONALES SANITARIOS

regional.

P16 ¿Por qué suelen entrar y salir del sistema sanitario las personas que viven con obesidad y sus personas cuidadoraspara el tratamiento y el manejo de la obesidad?

P17 ¿Cuáles son los principales obstáculos para la prevención, el tratamiento y el manejo de la obesidad en su país?

P25 Indique cualquier aspecto que haya influido o pudiera influir en su confianza para prestar una atención a la obesidad no estigmatizante.

P26 Comparta cualquier iniciativa, programa o práctica prometedora en materia de prevención, tratamiento y/o manejo de la obesidad que conozca en su país.

P27 Comparta cualquier otra información que considere que debemos conocer sobre la prevención, el tratamiento o el manejo de la obesidad en su país.

ENCUESTA DE PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD

centros de salud comunitarios) apoyan a las personas con obesidad en cuanto a prevención, manejo y tratamiento?

P29 Comparta cualquier otra cosa que considere importante que sepamos sobre el estigma, los prejuicios o la percepción pública de la obesidad en su país.

Sección B: madres, padres y cuidadores

P46 Indique cualquier factor que haya influido en la decisión de la persona a la que cuida de interrumpir el tratamiento de la obesidad.

P47 ¿Qué cree que funcionó bien, qué no funcionó en absoluto o qué podría haberse cambiado para mejorar la experiencia de la persona a la que cuida al recibir tratamiento para la obesidad?

P49 Indique cualquier factor que haya influido en la decisión de la persona a la que cuida de retrasar o evitar el tratamiento de la obesidad.

P50 ¿Qué factores le han facilitado o dificultado a la persona a la que cuida el acceso al tratamiento de la obesidad?

P52 ¿En qué medida cree que los servicios de atención primaria (p. ej., médicos de cabecera, médicos de familia, personal de enfermería o centros de salud comunitarios) apoyan a las personas con obesidad en cuanto a prevención, manejo y tratamiento?

P58 Comparta cualquier otra cosa que considere importante que sepamos sobre el estigma, los prejuicios o la percepción pública de la obesidad en su país.

Apéndice 4: Participantes en la mesa redonda

Toledo, España, 21 de noviembre de 2025

N.°	NOMBRE	CARGO Y AFILIACIÓN
1	**Maggie Wetzel (Moderadora)**	Directora de Políticas, Federación Mundial de la Obesidad (World Obesity Federation)
2	**Susana Monereo (Moderadora)**	Responsable de Endocrinología, Obesidad y Metabolismo, Hospital Ruber Internacional, Madrid; Profesora, Universidad Complutense de Madrid; Secretaria General, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)
3	**Prof.ª Susana Aznar**	Catedrática de Actividad Física y Salud y Directora del Grupo de Investigación Promoción de la Actividad Física para la Salud (PAFS), Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM); Miembro del Consorcio PASOS
4	**Sagrario Pérez Castellanos**	Subdirectora General de Estilos de Vida Saludables, Xunta de Galicia
5	**Federico Luis Moya**	Presidente, Asociación Nacional de Personas que viven con Obesidad (ANPO); Vicepresidente, European Coalition for People living with Obesity (ECPO)
6	**Xandra Alemany**	Vicepresidenta, Asociación Nacional de Apoyo para Tratamientos de la Obesidad (ANATO); Paciente experta, Unidad de Obesidad (UTIO), Hospital Universitario Vall d'Hebron
7	**Sara Bernal Gutiérrez**	Secretaria, Asociación Nacional de Apoyo para Tratamientos de la Obesidad (ANATO)
8	**Francisco Romero López**	Responsable de Comunicación, Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y Sociedad Española de Diabetes (SED)
9	**Prof. Fernando Fernández-Aranda**	Catedrático de Psicología, Universidad de Barcelona; ICREA Academia; Director de las Unidades de TCA, Hospital Universitario de Bellvitge (HUB); Líder de investigación, IDIBELL y CIBERobn
10	**Dr. Julio Álvarez Pitti**	Jefe del Servicio de Pediatría, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV); Profesor Asociado de Pediatría, Universidad de Valencia; Investigador, CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III
11	**José Manuel Fernández García**	Médico de familia y Jefe de Servicio de Atención Primaria, Valga (Pontevedra); Profesor Asociado, Universidad de Santiago de Compostela (USC); Coordinador del Grupo de Nutrición, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
12	**Josep Vidal**	Endocrinólogo, Hospital Clínic de Barcelona; Profesor Agregado, Universidad de Barcelona
13	**Paula Berruezo Torres Gómez de Cádiz**	Coordinadora técnica de Investigación y Programas, Gasol Foundation
14	**Diana Estévez Fernández**	Experta técnica, Organización Mundial de la Salud (OMS)
15	**Andreea Ciudin**	Especialista en Endocrinología y Nutrición y Coordinadora de la Unidad de Obesidad (EASO-COM), Hospital Universitario Vall d'Hebron; Profesora, Universitat Autònoma de Barcelona; Tesorera, SEEDO
16	**Julia Díez**	Profesora e investigadora en Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá
17	**Dra. Violeta Moizé Arcone**	Investigadora y nutricionista clínica, Hospital Clínic de Barcelona; Profesora Asociada, Universidad de Barcelona; Presidenta, Sociedad Científica Española de Dietética y Nutrición (SEDYN)
18	**Luis Cereijo**	Profesor e investigador en Epidemiología de la Actividad Física y Salud Pública, Universidad de Alcalá
19	**Álvaro Hernando Freile**	Vocal asesor en el Gabinete de la Ministra y Jefe de Servicio en la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud (DGSPES), Ministerio de Sanidad
20	**Delfina Boudou**	Gestora de Programas, Grupo de Salud Pública Hepática, Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)

World Obesity Federation
3 Waterhouse Square, 138–142 Holborn
London, EC1N 2SW, United Kingdom
T: +44 (0)207 324 1919
E: enquiries@worldobesity.org
worldobesity.org